Zur Symptomatologie der Schläfenlappengeschwülste.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN.

VON

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

Adolf Wittenberg
approb. Arzt aus Lubasch (Posen).

Tag der Promotion: 14. August 1914.

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstr. 39.

384

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **His.**

Dem Andenken meines Vaters,

meiner lieben Mutter.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546508_0053

Die Tumoren des Gehirns haben schon immer das höchste Interesse der Kliniker sowie der pathologischen Anatomen wachgerufen, ersterer, die die furchtbare Schwere des Leidens und die fast stets vorhandene Unmöglichkeit, es zu heilen, erkannten, letzterer, die das häufige Vorkommen bei ihren Sektionen ersahen, auch dann, wenn in vivo anscheinend keine Symptome bestanden hatten. Die Diagnose eines Gehirntumors, besonders die Lokaldiagnose, bot früher aber dem Kliniker meist eine schwierige, oft sogar unlösbare Aufgabe. Man begnügte sich mit der allgemeinen Diagnose Gehirntumor, da noch die Lehre Fleurens von der funktionellen Gleichwertigkeit der einzelnen Teile des Gehirns bestand. Und auch als diese durch die Arbeiten Bouillards, Dax', Brocas, Hitzigs und Fritschs über den Haufen geworfen war, wurde noch immer nicht eine Verbesserung der Lokaldiagnose erzielt, da man der Meinung war, daß jeder Tumor bei beliebigem Sitz im Gehirn stets die gleichen Symptome erzeugen müßte, und zwar deshalb, weil die Funktionsstörungen infolge der sogenannten Fernwirkung sich nicht nur auf den eigentlichen Sitz des Tumors, sondern auf den größten Teil des Gehirns erstrecken müßten. Erst allmählich machte die Kenntnis der Tumoren sowie überhaupt der pathologischen Prozesse des Gehirns Fortschritte, als man sowohl auf anatomischem und physiologischem wie auf klinischem und anatomisch-pathologischem Gebiete die Lehre

von der Lokalisation der Funktionen des Großhirns, insbesondere seiner Rinde und hier am meisten der motorischen Region immer mehr vervollkommnete. Ja, bei den meisten Geschwulstformen, die isolierte Ausfallserscheinungen bedingen, läßt sich heute eine Lokaldiagnose mit viel größerer Sicherheit stellen als bei anderen pathologischen Prozessen des Gehirns, wie z. B. bei Blutungen, die diffus ausgebreitet auftreten. Und immer mehr wurde und wird an der Erforschung der Gehirntumoren gearbeitet, da man durch Wernicke, durch Macewen und Durante, die als erste Gehirntumoren chirurgisch in Angriff nahmen, erkannte, daß die Annahme, sie wären unheilbar, unbegründet war. Und heute ist die Diagnose der Tumoren einzelner Gegenden derart ausgebaut, daß der Chirurg mit größter Sicherheit bei ihrer Operation vorgehen kann. So sind besonders die Tumoren der Zentralwindungen, des Kleinhirns, der Scheitel- und Stirnlappen ziemlich sicher diagnostizierbar. Dem gegenüber stehen Geschwülste anderer Regionen, die dadurch, daß sie keine oder nur wenig ausgeprägte Symptome verursachen, oder daß die Funktion der von ihnen befallenen Gehirngegend noch nicht bekannt ist, der Diagnose die größte Schwierigkeit bereiten. Dazu gehören auch die Tumoren der Schläfenlappen.

Diese rufen im allgemeinen wie alle anderen Gehirngeschwülste Symptome hervor, die man nach Griesinger in Allgemeinsymptome und in Herdsymptome einteilt.

Die Allgemeinsymptome sind folgende, durch den erhöhten intrakraniellen Druck bedingte:

1. Der Kopfschmerz,
2. der Schwindel,

3. das Erbrechen,
4. die Pulsverlangsamung,
5. die Stauungspapille,
6. die Krämpfe,
7. die psychischen Störungen.

Was nun die Lokalsymptome betrifft, so muß man 1. Herdsymptome, d. h. die Funktionsstörungen, die durch den Tumor infolge Zerstörung der betroffenen Hirnteile hervorgerufen sind, und 2. Nachbarschaftssymptome, d. h. die durch den Druck auf die Nachbarschaft des Tumors bedingten Erscheinungen, unterscheiden. Letztere können oft die genauere Lokaldiagnose erschweren, oft aber dienen sie dazu, sie zu stützen, und in manchen Fällen, wo keine Herdsymptome vorhanden, müssen sie sie überhaupt erst ermöglichen.

Dies ist nun gerade bei den Tumoren der Schläfenlappen, und insbesondere, wie wir sehen werden, des rechten, der Fall. Bei der Lokaldiagnose derselben muß man unterscheiden zwischen Herdsymptomen, die beiden Schläfenlappen gemeinsam sind, und zwischen Symptomen des rechten und des linken Lappens.

Wie Wernicke (8) zuerst nachgewiesen hat, stehen die Schläfenlappen mit dem Hörvermögen in Zusammenhang, indem in ihren Windungen die Zentren für alle Gehöreindrücke liegen. So berichtet er gemeinsam mit Friedländer (9) über einen Fall von doppelseitigen Schläfenlappentumoren, wobei vollständige Taubheit vorhanden war. Bei einseitigen Tumoren entsteht selten eine Taubheit der anderen Seite, da die Zerstörung des Zentrums bei dem meist langsamen Wachstum der Tumoren nur allmählich vonstatten geht und

der Lappen der anderen Seite die Funktion der betroffenen übernimmt, indem der Akustikus jeder Seite zu beiden Temporallappen in Beziehung tritt, während bei Blutungen, Abszessen, die schnell entstehen, fast stets eine gekreuzte Taubheit eintritt.

Viel häufiger kommt es aber zu Reizerscheinungen von seiten der Gehörzentren, die entweder für sich allein bestehen oder als Aura epileptiformen Krämpfen vorangehen. So berichtet Westphal (11) von einem Fall, bei dem die Krampfanfälle durch heftiges Ohrensausen eingeleitet wurden. Gowers (2) erzählt von einer Patientin, bei der infolge eines Tumors im rechten Schläfenlappen linksseitige Krämpfe auftraten, denen stets ein heftiges Sausen und Pfeifen im linken Ohre voranging.

Im medialen Teile der Schläfenlappen, im Gyrus Hippocampi, und zwar in seinem vorderen Ende, im Uncus, liegen, wie Ferrier, Gowers und Flechsig nachgewiesen haben, die Zentren für Geruchs- und Geschmacksempfindung. Bei Tumoren dieser Gegenden, noch mehr bei Abszessen und Erweichungsherden, können nun gelegentlich Verluste derselben oder Reizerscheinungen von ihrer Seite aus entstehen. So berichtet Oppenheim (5) von einer Patientin, bei der ein bis in den Schläfenlappen hineingehender Tumor des rechten Scheitellappens Illusionen und Halluzinationen des Geruchs und des Geschmacks hervorrief, auf welche sich dann Wahnvorstellungen aufbauten.

Die Fälle, in denen vollständige Anosmie oder nur Hyposmie der gekreuzten Seite bestand, sind mit Vorsicht zu betrachten, da oft der Olfaktorius mitzerstört ist. Doch erwähnt Oppenheim (6) in seinem Lehrbuch der Nerven-

krankheiten einige Fälle, bei denen trotz unversehrten Olfaktorius Anosmie vorhanden war.

Wie bei allen Tumoren des Gehirns, so treten auch bei denjenigen der Schläfenlappen oft psychische Störungen ein. Am häufigsten ist der Korsakoffsche Symptomenkomplex, der allerdings auch bei Geschwülsten anderer Lokalisation eintreten kann, mit besonderer Vorliebe aber, wie Knapp (3) angibt, im Gefolge von Schläfenlappentumoren. Es finden sich dabei ein schwerer Gedächtnisausfall, selbst auf Jahre zurück (retrograde Amnesie), eine Aufhebung der Merkfähigkeit mit Desorientiertheit und Neigung, die Gedächtnislücken durch Konfabulation auszufüllen. Typisch dabei ist die Euphorie des Patienten. Einen solchen Fall schildern Mönkemöller und Kaplan (4). Drei Fälle publiziert Knapp (3), wovon zwei den linken und einer den rechten Lappen betreffen. Die Differentialdiagnose zwischen polyneuritischer Korsakoffscher Psychose und Tumor mit Symptomenkomplex ist oft sehr schwierig, zumal da, wie Knapp angibt, bei ersterer häufig Neuritis optica, Erbrechen und Kopfschmerz vorhanden sind. Eine Verwechslung ist auch besonders leicht möglich, wenn, wie es sehr häufig vorkommt, der Tumor durch Zerrung der hinteren Wurzeln neuritische Symptome hervorruft, wie z. B. in einigen der von Knapp angegebenen Fälle. Außer dem Korsakoff kommen noch viele andere psychische Störungen vor, so einfache Halluzinationen, Visionen, Delirien, Dämmerzustände.

Was nun die Symptome betrifft, die dem rechten oder dem linken Schläfenlappen eigentümlich sind, so muß man von den Tumoren des rechten Lappens sagen, daß sie, abgesehen von den Fällen, wo, wie nachher gezeigt wird, Links-

händigkeit bestand, keine Lokalzeichen machen. Bruns (1) erklärt: „Rechtsseitige Schläfenlappentumoren sind am häufigsten solche, bei denen Lokalsymptome vollständig fehlen oder wo durch Beteiligung der langen Leitungsbahnen im Marke nur die Diagnose der erkrankten Hemisphäre möglich ist.“ Noch schärfer drückt dies Oppenheim (6) aus: „Wir haben niemals die Berechtigung, die Lokaldiagnose Tumor des rechten Schläfenlappens zu stellen.“

Ganz anders steht es dagegen mit den Tumoren des linken Lappens. Hier tritt als geradezu klassisches Herdsymptom die sensorische Aphasie auf, die aber auch fehlen kann, zumal wenn der Tumor nur die Spitze des Schläfenlappens einnimmt. Die 1. linke Schläfenwindung ist, wie Wernicke zuerst gezeigt hat, der Sitz des Sprachverständnisses, das sensorische Sprachzentrum. Nach Zerstörung dieser sogenannten Wernickeschen Windung versteht der Patient das zu ihm Gesprochene gar nicht oder nur mangelhaft. Es ist fast, als ob eine fremde Sprache an sein Ohr schlüge, da er die Worte wohl hört. Eine zweite Art der Aphasie, die sogenannte amnestische, tritt ebenfalls bei Zerstörung des linken Schläfenlappens auf. Der Patient hat dabei die Fähigkeit verloren, für ihm dem Zwecke nach wohlbekannte Gegenstände die richtige Bezeichnung zu finden. Er hat die Wortklangbilder verloren, spricht viel, aber meist verkehrt. In den leichteren Fällen vergreift er sich in den Worten, da er nicht merkt, ob er falsche Bezeichnungen braucht (sog. Paraphasie). In schwereren Fällen kommt es dann zu einer Verstümmelung der Worte, zur sog. litteralen Paraphasie, die sich bis zu einem völlig unverständlichen Plappern steigern kann. Oft ist dann, wie Knapp (3) in einigen Fällen beobachtet hat, ein

oft stunden- und tagelang dauernder paraphasischer Rededrang vorhanden, in anderen Fällen kann man aber auch eine auffallende Wortkargheit und Bradyphasie bemerken.

Eine dritte Art der Aphasie, die bei Schläfenlappenerkrankung auftritt, ist die optische Aphasie, die von Freund so bezeichnet worden ist. Während der mit amnestischer Aphasie Behaftete einen Gegenstand auch dann nicht benennen kann, wenn derselbe ihm vor Augen gehalten oder in die Hand gegeben oder damit vor seinem Ohre ein charakteristisches Geräusch erzeugt wird, findet der optisch Aphasische den Namen nur dann nicht, wenn er den Gegenstand nur sieht, sofort aber, wenn er ihn betasten, belecken, beriechen kann oder wenn er ein damit hervorgerufenes Geräusch hört. Als Grundlage für diese Art der Aphasie glaubt Oppenheim (5) einen Herd in den basalen und hinteren Abschnitten des Schläfenlappens annehmen zu können, welcher „die Bahnen durchbricht, die das Klangbildzentrum mit den optischen Zentren verknüpfen". Knapp hält die optische Aphasie für typische amnestische Aphasie, die nach ihm übrigens auch kein Herdsymptom des linken Schläfenlappens ist, sondern auch bei Erkrankung der übrigen Hirnteile vorkommen kann.

Alle genannten Arten der Aphasie können aber auch auftreten, wenn ein Tumor nicht im linken, sondern im rechten Schläfenlappen seinen Sitz hat, oder sie können fehlen, wenn der linke Temporallappen erkrankt ist. In diesen Fällen ist aber fast stets festzustellen, daß die betreffende Person Linkshänder war, wobei auch die Sprachzentren nach der entgegengesetzten Hemisphäre verlagert sind. So berichtet Oppenheim (6) von einer Kranken, die im 17. Jahre infolge

einer Verletzung der rechten Hand Linkshänderin geworden war, später aber durch einen Tumor im rechten Schläfenlappen sensorisch-aphasisch wurde. Ebenso schildert Westphal (11) einen Fall, bei dem ein Tumor im linken Schläfenlappen vorlag, der keine Aphasie erzeugt hatte. Durch Nachfrage post mortem wurde festgestellt, daß der Mann Linkshänder gewesen war.

Wie alle vorstehend angeführten Symptome der Schläfenlappentumoren nicht immer von solchen hervorgerufen sind, sondern als indirekte oder Nachbarschaftssymptome von Herden in den anliegenden Gehirnpartien erzeugt sein können, so bedingen die Tumoren der Temporallappen umgekehrt durch Kompression oder Zerstörung beim Fortschreiten auf die Nachbarschaft die für diese charakteristischen Reiz- und Ausfallserscheinungen. Durch Druck auf die motorischen Zentren und Bahnen werden Krämpfe von Jacksonschem Typus oder halbseitige Lähmungen erzeugt, durch Schädigung der sensiblen Bahnen Hemianästhesie. Wird, wie häufig, die Sehbahn im Gehirn oder der Tractus opticus ergriffen, so entsteht Hemianopsie. Bei einer Beteiligung der zentralen Ganglien, des Thalamus opticus und des Corpus striatum, kommt es zu vasomotorischen Störungen, zu Temperaturerhöhung resp. -erniedrigung bestimmter Körperteile, zu Oedemen, ferner zu choreatischen und athetotischen Bewegungen. Sehr häufig ist das Kleinhirn in Mitleidenschaft gezogen. Daher ist es oft, wie auch in dem Fall, der am Schlusse beschrieben wird, ein leicht verzeihlicher Fehler, wenn man die Diagnose eines Tumors der hinteren Schädelgrube stellt, wenn sonst keine vorherrschenden oder überhaupt keine Symptome für einen Sitz im

Schläfenlappen sprechen. Es treten dann zuerst Nackensteifigkeit und Druckempfindlichkeit der Nackenmuskulatur und -nerven ein, später kommt es zu ausgesprochenem Opisthotonus, der besonders gern in häufigen Anfällen auftritt. Es stellt sich dann eine Schling- und Atemstörung durch Schädigung des Bulbus, am häufigsten aber die sogenannte cerebellare Ataxie ein, d. h. eine Unsicherheit des Rumpfes nur beim Gehen und Stehen, nicht beim Liegen, und der cerebellare oder vestibulare Schwindel, den Strümpell als Störung in der normalen Beurteilung der räumlichen Beziehungen unseres Körpers zu den Objekten der Außenwelt definiert. Knapp (3) glaubt allerdings, daß diese Ataxie durch Läsion gewisser im Schläfenlappen selbst liegender, das Gleichgewicht regulierender Organe hervorgerufen ist. Er will als einen einigermaßen für die Diagnose der Schläfenlappentumoren sicheren Symptomenkomplex eine Verbindung von transitorischer, spät auftretender, rezidivierender, partieller gekreuzten Okulomotoriuslähmung mit gekreuzter Hemiplegie und einer scheinbar cerebellaren Ataxie hinstellen, die beiden ersteren als Nachbarschaftssymptome, die letztere, wie gesagt, als direktes Herdsymptom.

Durch Druck auf die benachbarten Hirnnerven, also auf den Trigeminus, Facialis, Acusticus und auf die Augenmuskelnerven werden Reiz- und Ausfallserscheinungen derselben hervorgerufen. Sehr häufig ist dies beim Trigeminus der Fall, da dessen Ganglion Gasseri direkt unter dem Schläfenlappen an der Spitze des Felsenbeins liegt. Es kommt dann zu den unerträglichsten Neuralgien im Gebiete dieses Nerven. Am häufigsten wird aber der Oculomotorius geschädigt, dessen anatomische Lage es mit sich bringt, daß er fast bei

jedem Tumor des Schläfenlappens komprimiert wird. Dabei ist charakteristisch, daß die Parese transitorisch auftritt und häufig rezidiviert, was durch plötzliche Aenderung in der Blutfülle des komprimierenden Tumors zu erklären ist, während bei Tumoren in den Hirnschenkeln die Augenmuskellähmung den Charakter eines Herdsymptoms hat und allmählich auftritt. Die Lähmung ist meist eine partielle und am häufigsten eine Ptosis oder eine Mydriasis.

Damit wären die wichtigsten Symptome der Schläfenlappentumoren geschildert. Zum Schluß soll nun ein Fall von Schläfenlappentumor beschrieben werden, der als solcher in vivo nicht diagnostiziert, sondern erst bei der Sektion festgestellt wurde.

Anamnese.

Patientin, 32 Jahre alt, ist außer in der Kindheit nie ernstlich krank gewesen, insbesondere nie geschlechtskrank. Ist seit 5 Jahren verheiratet, hat 2 gesunde Kinder, keine Aborte. Hat jedoch schon früher viel an Kopfschmerzen gelitten, die seit 1½ Jahren immer stärker wurden. Ungefähr im Februar 1913 trank sie in einem Café ein Glas Eiskaffee. Kurz darauf bekam sie heftiges Erbrechen. Dieses wiederholte sich in der Folgezeit sehr häufig, und zwar trat es bald unabhängig von der Nahrungsaufnahme ein. Im Juli 1913 bemerkte Patientin eine schmerzhafte Spannung in den Extremitäten, wie auch in der übrigen Muskulatur, besonders des Rückens. Allmählich stellten sich Krampfanfälle ein, die tonischen Charakter hatten und besonders die Nacken- und Rückenmuskulatur betrafen, zuerst selten, späterhin täglich 5 bis 6mal auftraten. Besonders nachts und in der Ruhe hatte

Patientin darunter zu leiden, während sie in Gesellschaft und bei der Arbeit davon verschont blieb. Die Anfälle dauerten bis zu einer Stunde und waren von heftigen Schmerzen im Hinterkopf und in den Nackenmuskeln und von Erbrechen begleitet. Bewußtlosigkeit trat nie ein. Während und nach den Anfällen ist Patientin sehr verwirrt, sonst soll aber die Psyche nicht verändert sein. Die Sprache ist nicht gestört. Unfreiwilliger Abgang von Kot und Urin kam nie vor. Die Patientin, die zu Hause auf verschiedenste Weise behandelt worden war, kam in die I. medizinische Poliklinik. Im Wartezimmer wurde sie von einem Krampfanfall betroffen.

Status praesens.

Mittelgroße Frau, gut genährt und kräftig gebaut. Vor allem fällt an ihr die extreme Rückwärtsbeugung des Kopfes und des Oberkörpers auf, die sich durch Gewalt nicht beseitigen läßt. Patientin kann nicht allein stehen und gehen, sondern muß von der Begleiterin geführt werden. Von Zeit zu Zeit erbricht sie eine schleimige Flüssigkeit. Sie stöhnt und ruft: „Mein Kopf, mein Kopf!“ und verlangt, daß derselbe gestützt werde. Auf Befragen gibt sie nur zögernd und ganz leise Antwort. Die Anamnese wird von der Begleiterin erhoben.

K o p f : Der Schädel ist überall druck- und klopfempfindlich, besonders am Hinterkopf. Ein Unterschied zwischen rechts und links ist nicht zu finden. Auch die Nackenmuskulatur ist druckempfindlich.

Cornealreflex rechts abgeschwächt. Pupillen beiderseits gleich groß, auf Lichteinfall, wenn auch etwas langsam,

reagierend. Doppelseitige Stauungspapille, besonders rechts stark ausgeprägt. Sehschärfe auf beiden Augen herabgesetzt. Augenmuskeln intakt, ebenso Gesichtsmuskulatur. Zunge wird langsam gerade herausgestreckt, zittert jedoch stark. Gaumensegel hebt sich symmetrisch. Keine Sensibilitätsstörungen im Gesicht.

Lungen zeigen hellen Klopfschall mit normalen Grenzen, überall vesikuläres Atmen mit vereinzelten bronchitischen Geräuschen.

Herzgrenzen normal groß, Töne leise, aber rein.

Abdomen weich, nichts Pathologisches zu tasten.

Puls klein und weich, Frequenz 76.

Urin: Alb. spurweise. Sacch. —.

Bauchdeckenreflexe normal. Keine Störung der Blasen- und Mastdarmfunktionen.

Obere Extremität. Sämtliche Bewegungen sind möglich. Geringe Muskelsteifigkeit. Händedruck beiderseits schwach. Reflexe beiderseits leicht gesteigert.

Untere Extremität. Alle aktiven und passiven Bewegungen möglich, jedoch ist das linke Bein etwas schwächer als das rechte. Patellar- und Achillessehnenreflexe gesteigert, links stärker als rechts. Babinski r. —, l. +. Oppenheim r. —, l. zweifelhaft.

Kniehackenversuch führt Patientin gut aus. Während des Anfalls kann sie nicht allein stehen. Beim Versuch dazu droht sie zu Boden zu stürzen. Sie geht mit Führung langsam mit schlürfenden Schritten.

Die Sprache ist leise und undeutlich. Keine motorisch und sensorisch-aphasischen Störungen.

Es wird die Diagnose Tumor der rechten Hemisphäre

in der hinteren Schädelgrube gestellt und die Patientin in die Klinik aufgenommen. Hier stellen sich im Verlaufe des Nachmittags und der Nacht mehrere Krampfanfälle ein, und in einem derselben tritt plötzlich der Exitus ein.

Sektionsbefund der Schädelhöhle.

Schädeldach ziemlich schwer und dick, Diploe kaum erkennbar. Um Stirnbasis finden sich an der Innenseite ungewöhnlich zahlreiche, hanfkorn- bis kleinerbsengroße Vertiefungen, denen an der Außenseite der Dura entsprechend große rundliche Knoten von gelblich- bis rötlichweißer Farbe und sehr weicher Konsistenz entsprechen. Diese Knötchen ziehen, wie sich bei der Ablösung der Dura zeigt, durch in ihr befindliche Löcher hindurch und hängen mit der Gehirnoberfläche zusammen. Die Dura der Konvexität wird infolgedessen in Zusammenhang mit dem Gehirn herausgenommen.

Dura sehr straff gespannt, liegt der Gehirnoberfläche überall dicht auf. An der Innenseite ist sie überall grauweiß, glatt und glänzend. In den Sinus finden sich überall geringe Mengen dunklen, flüssigen Blutes.

Die Pia ist überall zart und durchsichtig. Ihre Gefäße sind mäßig stark mit Blut gefüllt. Die Gehirnoberfläche zeigt eine sehr starke Abplattung der Gyri. Das Gehirn ist stark asymmetrisch, indem sich der rechte Temporallappen sehr stark vorwölbt; während der linke normale Größe besitzt, hat der rechte ungefähr gut Mannskopfgröße. Die Windungen sind rechts sehr stark verbreitert. Die Farbe ist heller, mehr gelblich-rötlich, während das übrige Gehirn eine mehr graurötliche Farbe zeigt. Die Konsistenz des rechten Schläfen-

lappens ist außerordentlich weich, viel weicher als die des übrigen Gehirns. Die Tonsillen sind als lange, zitzenförmige Gebilde in das Hinterhauptsloch vorgestülpt. Wegen der großen Weichheit des Tumors unterbleibt fürs erste die weitere Sektion des Gehirns, das in eine erhärtende Flüssigkeit eingelegt wird. Die späteren Schnitte ergeben, daß der Tumor nur im Schläfenlappen sitzt, dagegen die Nachbarschaft zur Seite gedrängt hat. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst zeigt folgenden Befund: Sie besteht aus Zellen, die runde oder ovale Kerne mit nur äußerst wenig Protoplasma besitzen. Sie sind etwas größer als normale Gliazellen. Ferner sind größere runde, ovale oder spindlige Zellen zu verzeichnen, welche mit den kleinen vermischt vorkommen. Diese größeren Zellen, Riesenzellen, besitzen einen unregelmäßig gestalteten Riesenkern, der bald rund, bald länglich ist, oder sie haben mehrere Kerne, die sich im Gegensatz zu den Kernen der kleinen Geschwulstzellen, die eine blaßblaue Färbung mit Hämatoxylin zeigen, stark färben. Ein Faserwerk, das sich mit Hämatoxylin-Eosin rötlich, nach van Gieson undeutlich färbt, bildet die Zwischensubstanz, in der die Zellen eingelagert sind. Die Geschwulst ist durch Gefäßreichtum ausgezeichnet. Die Blutgefäße sind unregelmäßig verteilt, an einzelnen Stellen stark mit Blut gefüllt. Mehrfach, besonders in der Mitte der Geschwulst, finden sich Hämorrhagien im Gewebe. Der Uebergang des Geschwulstgewebes in das normale geht ohne scharfe Grenze vor sich.

Pathologisch- anatomische Diagnose: Gliom des rechten Schläfenlappens.

Epikrise.

Die Patientin, welche schon seit ihrer Jugend an Kopfschmerzen gelitten hatte, die allerdings seit ca. 1½ Jahren stärker geworden, bekam plötzlich vor ¼ Jahren heftiges Erbrechen, das sich in der Folge gehäuft unabhängig vom Essen einstellte. ¾ Jahr später trat eine schmerzhafte Spannung der Extremitäten und Rückenmuskulatur ein, die bald in Krampfanfälle überging. Diese hatten tonischen Charakter und betrafen am stärksten Nacken- und Rückenmuskulatur. Sie dauerten bis zu einer Stunde und waren mit Erbrechen und heftigstem Kopfschmerz verbunden. Die Patientin wurde draußen mehrfach auf Hysterie behandelt und auch wirklich machte der Anfall den Eindruck eines hysterischen. Jedoch eine Untersuchung stellte sofort fest, daß derselbe auf organischer Basis beruhte. Bei der Erhebung des neurologischen Befundes ergab sich eine Steigerung der Achilles- und Patellarreflexe insbesondere links, Babinski links positiv, Oppenheim links zweifelhaft. Die Untersuchung der Augen stellte rechts eine Abschwächung der Cornealreflexe fest, eine etwas träge Reaktion beider Pupillen auf Lichteinfall, vor allem aber eine doppelseitige Stauungspapille, die rechts besonders stark ausgeprägt war. Aus allen diesen Symptomen wurde die Diagnose Gehirntumor gestellt, und zwar der rechten Hemisphäre. Bei dem Versuch, denselben genauer zu lokalisieren, wurde eine Fehldiagnose gestellt, die aber entschuldbar ist. Der starke Opisthotonus, die Nackensteifigkeit, dieAtaxie, die den Charakter einer cerebellaren hatte, die starke Schmerzhaftigkeit der Nackenmuskulatur, die Häufigkeit der Anfälle, die charakteristisch für Tumoren der hinteren Schädelgrube ist, ließen einen solchen vermuten.

Jedoch ergab die Sektion einen Tumor des rechten Schläfenlappens, der als solcher nur Symptome durch Druck auf die Nachbarschaft, und zwar besonders auf das Kleinhirngebiet, gemacht hatte. Durch das Fehlen jeglichen Herdsymptoms war, wie fast stets, eine genaue Diagnose unmöglich gewesen.

Literaturübersicht.

1. Bruns, Die Geschwülste des Nervensystems.
2. Gowers, Die Diagnostik der Gehirnkrankheiten. Deutsch v. Mommsen.
3. Knapp, Die Geschwülste des rechten und linken Schläfenlappens.
4. Mönkemöller und Kaplan. Ein Fall von Gehirntumor. Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie, 1899.
5. Oppenheim, Die Geschwülste des Gehirns.
6. —, Lehrbuch der Nervenkrankheiten.
7. —, Die Encephalitis und der Gehirnabszeß.
8. Wernicke, Lehrbuch der Gehirnkrankheiten.
9. Wernicke-Friedländer. Ein Fall von Taubheit bei Schläfenlappentumor. Fortschritte der Medizin, I, 1883.
10. Strümpell, Spezielle Pathologie und Therapie.
11. Westphal, Ueber einen Fall von Zerstörung des linken Schläfenlappens durch Geschwulstbildung. Berl. klin. Wochenschrift, 1883.

Lebenslauf.

Verfasser, Adolf Wittenberg, ist am 6. März 1888 zu Lubasch (Prov. Posen) als Sohn des verstorbenen Kaufmanns H. Wittenberg geboren. Bis zum 11. Lebensjahre besuchte er daselbst die Gemeindeschule, dann das Kgl. Gymnasium zu Rogasen, das er Ostern 1908 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Zuerst studierte er ein Semester in Freiburg, die übrigen neun Semester in Berlin, wo er am Schlusse des fünften die ärztliche Vorprüfung, am 5. Juli 1913 das ärztliche Staatsexamen bestand. Vom 1. August bis zum 1. November 1913 war er als Medizinalpraktikant an der Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Kgl. Charité zu Berlin, dann bis zum 1. Mai 1914 an der I. med. Poliklinik daselbst, zuletzt bis zum 1. August 1914 am Säuglingskrankenhause Berlin-Weißensee tätig, an welchem Tage er die ärztliche Approbation erhielt. Zurzeit ist er Assistent an letztgenannter Anstalt.